

## **Kleine Anfrage**

**der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, Sylvia Gabelmann, Katja Kipping, Jutta Krellmann, Pascal Meiser, Sören Pellmann, Jessica Tatti, Harald Weinberg, Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau) und der Fraktion DIE LINKE.**

### **Kommerzielle Dialyseanbieter in Deutschland**

In Deutschland werden Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zunehmend von börsennotierten Unternehmen betrieben, gekauft oder über Umwege gegründet, auch im Bereich der Dialyse. Und dies, obwohl verschiedene Akteure aus Praxis, Wissenschaft und Berufsverbänden, wie auch die Bundesregierung in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der Fragesteller „Kapitalinteressen bei der Übernahme von Medizinischen Versorgungszentren“ (Bundestagsdrucksache 19/5386), die Gründungsbefugnis von nichtärztlichen Dialyseleistungserbringern auf fachbezogene MVZ beschränken wollen. Kommerzielle Anbieter wie Nephro-Care, B.Braun, DaVita und Diaverum drängen auf den deutschen Dialysemarkt und breiten sich in potenziell gewinnbringenden Regionen aus. Diese kaufen für hohe Summen Immobilien auf und bauen diese in Dialysezentren um. Die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) geht von beinahe 50 Prozent kommerziellen Dialyseanbietern aus (<https://dgfn.eu/stellungnahmen-details/stellungnahme-der-dgfn-zu-den-industriellen-dialyseanbietern.html>). Nach Auffassung der Fragesteller besteht die Gefahr einer Monopolisierung im nephrologisch-ambulanten Sektor mit möglichen Nachteilen für Dialysepatienten. Die DGfN befürchtet die Verbreitung „amerikanischer Verhältnisse“ durch die steigende Anzahl von kommerziellen Dialyseanbietern und dadurch verkürzte Dialysezeiten, unzureichende Beratung und einseitige Behandlungen. Eine aktuelle Studie aus den USA zeigt den Zusammenhang zwischen der Trägerart von Dialyseeinrichtungen und der Listung von Patienten auf einer Transplantationsliste. Patienten kommerzieller Anbieter werden von den Praxen seltener zur Transplantation vorgeschlagen (<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2749598>). Kommerzielle Dialyseanbieter, wie beispielsweise Nephro-Care, erwirtschaften in den USA Rekordumsätze, und wollen nach Auffassung der Fragesteller diese Marktstrategie auch in anderen Ländern umsetzen. Die Aufkäufe von Medizinischen Versorgungszentren durch die kommerziellen Anbieter in den deutschen Dialysemarkt geschehen mit klaren Gewinnabsichten.

Weiterhin besteht nach Ansicht der Fragesteller durch die kommerziellen Anbieter die Gefahr eines ungleichen Wettbewerbs. Für die Dialyse werden mehrere Lösungen und Konzentrate als Verbrauchsgüter benötigt. Diese werden von Dialyseanbietern wie Nephro-Care, B.Braun, DaVita und Diaverum an andere Dialyseanbieter zu einem bestimmten Preis verkauft. Die Preise werden im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) über die Dialysepauschale mit vergütet. Wenn nun ein kommerzieller Dialyseanbieter gleichzeitig der Anbie-

ter der Sachmittel ist, verschafft sich dieser leicht einen Vorteil gegenüber anderen Anbietern, indem praktisch das Dispensierverbot umgangen wird. Für das Gesundheitssystem ist es wichtig, dass sichergestellt wird, dass die Gewinne der kommerziellen Anbieter nicht auf Kosten der Patienten, der Gesellschaft oder der Angestellten erzielt werden.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie viele Dialysepraxen von kommerziellen und nichtkommerziellen Anbietern gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland seit 2013 (bitte nach Jahr und Kreisen/Städten aufschlüsseln)?
2. Wie viele Menschen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung zurzeit in der Bundesrepublik Deutschland, die sich einer ständigen Dialysebehandlung unterziehen müssen (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?
3. Wie viele Menschen befinden sich nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland gegenwärtig in einer ständigen Dialysebehandlung bei kommerziellen und bei nichtkommerziellen Anbietern (bitte aufschlüsseln)?
4. Wie viel Dialyseplätze stehen nach Kenntnis der Bundesregierung den dialyseabhängigen Patienten in der Bundesrepublik Deutschland zur Verfügung (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)
  - a) ambulante Dialyseplätze,
  - b) stationäre/teilstationäre Dialyseplätze?
5. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Auslastungsgrad dieser stationären/teilstationären Dialyseplätze, und entspricht er dem vorhandenen Bedarf?
6. Wie viele MVZ werden nach Kenntnis der Bundesregierung seit 2006 durch nichtärztliche Dialyseanbieter betrieben?
7. Unterscheiden sich nach Kenntnis der Bundesregierung die kommerziellen Anbieter (Nephro-Care, B.Braun, DaVita und Diaverum) seit 2013 von anderen Anbietern in folgenden Punkten (wenn möglich, bitte nach Jahr und Kreisen/Städten aufschlüsseln)
  - a) Anwendung der unterschiedlichen Verfahren zur Dialyse (Hämodialyse, Peritonealdialyse, Heim-Hämodialyse),
  - b) Dauer der Dialyse pro Patient (nur Hämodialyse),
  - c) Pflege- und Betreuungspersonal (Vollzeitäquivalente – VZÄ) pro Einrichtung,
  - d) Pflege- und Betreuungspersonal (VZÄ) pro Patient,
  - e) ärztliches Personal (VZÄ) pro Einrichtung,
  - f) ärztliches Personal (VZÄ) pro Patient,
  - g) durchschnittliches Alter des ärztlichen Personals,
  - h) durchschnittliches Alter des Pflege- und Betreuungspersonals,
  - i) Anzahl Patienten pro Einrichtung,
  - j) Anzahl Patienten pro Dialysegerät,
  - k) Dauer der Öffnungszeiten,
  - l) wie viele Patienten kommen auf Transplantationswartelisten,

- m) wie lange befinden sich die Patienten in Behandlung bis sie auf eine Transplantationsliste kommen,
- n) wie viele Patienten bekommen tatsächlich ein Spenderorgan?
8. Wie setzt sich nach Kenntnis der Bundesregierung der Wert der Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)-Pauschale für die Dialyse genau zusammen (bitte nach Lösung, Konzentrat, Kosten für Apparaturen, Kosten für Personal, Miete aufschlüsseln)?
9. Ist es kommerziellen Dialyseanbietern nach Kenntnis der Bundesregierung gestattet, ihre eigenen Produkte (Lösungen, Maschinen, Apparaturen) zu verwenden?
- a) Im Fall, dass es gestattet ist,
- wie wird gewährleistet, dass kommerzielle Dialyseanbieter nicht einen höheren Gewinn aus der Dialyse erzielen und somit einen ungerechten Wettbewerbsvorteil genießen,
- wird die Vergütung für eigene medizinische Produkte mit angepassten EBM-Beträgen (beispielsweise ohne den Aufpreis durch das eigene Patent/Mehrwertsteuer) ausgegeben?
- b) Im Fall, dass es nicht gestattet ist,
- wie wird sichergestellt, dass die kommerziellen Anbieter sich an ein mögliches Verbot zur Nutzung ihrer eigenen Produkte halten?
10. Ist der Bundesregierung bekannt, da in den letzten Jahren die sogenannten Patient Reported Outcomes, u. a. zur Messung der Lebensqualität, einen immer höheren Stellenwert erfahren, dass bei allen Typen von Dialyseanbietern Befragungen zur Lebensqualität (beispielsweise mit dem KDQOL-SF) durchgeführt und ausgewertet werden?
- a) Falls ja, sind die Daten einsehbar?
- Falls nein, warum nicht?
- b) Wie unterscheiden sich diese Daten bezüglich der Trägerschaft?
11. Könnte die Bundesregierung die Antwort zur Anfrage „Kapitalinteressen bei der Übernahme von Medizinischen Versorgungszentren“ (Bundestagsdrucksache 19/5386, S. 7): „Aus Sicht der Bundesregierung nicht zielführend erwiesen hat sich teilweise die Gründung von MVZ durch nichtärztliche Dialyseleistungserbringer nach § 126 Absatz 3 [des Fünften Buches Sozialgesetzbuch] SGB V“ genauer begründen?
12. Wie bewertet die Bundesregierung generell die Ausbreitung von kommerziellen Dialyseanbietern, und gibt es Bestrebungen zur strengeren Überwachung dieser Unternehmen oder zur Eindämmung der Ausbreitung?

Berlin, den 20. August 2020

**Amira Mohamed Ali, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion**

